

SOMMAIRE

<u>0 - ETENDUE DE LA REPARATION</u>	3
<u>1 - LES PRESTATIONS</u>	4
<u>11 - Maintien du traitement</u>	4
<u>111 - Congé accident</u>	4
<u>112 - Reprise de travail à mi-temps pour des raisons thérapeutiques</u>	4
<u>12 - Les prestations en cas d'invalidité</u>	8
<u>13 - Les autres prestations</u>	8
<u>131 - Frais médicaux</u>	8
<u>132 - Frais pharmaceutiques et d'analyses</u>	9
<u>133 - Frais d'hospitalisation</u>	9
<u>134 - Cures thermales/Séjour en centre de rééducation fonctionnelle</u>	9
<u>135 - Appareils de prothèse et d'orthopédie</u>	14
<u>136 - Frais de transport</u>	15
<u>137 - Frais de réadaptation fonctionnelle</u>	15
<u>138 - Frais d'optique</u>	15
<u>139 - Frais de prothèse dentaire</u>	16
<u>140 - Frais funéraires</u>	17
<u>2 - DUREE DU SERVICE DES PRESTATIONS</u>	18
<u>3 - LE REGLEMENT DES DEPENSES</u>	19
<u>31 - Les certificats de prise en charge</u>	19
<u>32 - Le contrôle et le règlement des frais</u>	22
<u>4 - CAS PARTICULIER : LA TITULARISATION DES AGENTS NON-TITULAIRES</u>	23
<u>41 - Les conséquences au niveau des prestations en espèces et en nature</u>	23
<u>42 - Les conséquences au niveau de la rente accident du travail</u>	23
5 à 8 - POUR ORDRE	25
	.../...

	Pages
<u>9 - DIVERS</u>	26
<u>91 - Dégâts matériels</u>	26
<u>911 - Congé accident</u>	26
<u>912 - Reprise de travail à mi-temps pour des raisons thérapeutiques</u>	27
<u>92 - Rechutes</u>	31
<u>93 - Cumul des congés de maladie et des congés pour accident</u>	30
<u>94 - Accidents survenus au cours d'un déplacement aérien nécessité par l'accomplissement d'une mission</u>	31
<u>Annexe n° 1 à l'article 94 : Décret n° 67-744 du 25 août 1967</u>	33
<u>Annexe n° 2 à l'article 94 : Décret n° 68-1121 du 13 décembre 1968</u>	33
<u>Annexe n° 1 à l'article 912 Déclaration de sinistre en ZUS</u>	34
<u>Annexe n° 2 à l'article 912 Pièces à joindre pour, la déclaration de sinistre en ZUS</u>	35

LES DROITS DU FONCTIONNAIRE

*IG, fascicule PC 7,
chapitre PC 7.2*

0 - ETENDUE DE LA REPARATION

La réparation des conséquences d'un accident de service revêt un caractère forfaitaire, autrement dit un fonctionnaire ne peut à cet égard prétendre à d'autres indemnisations que celles qui sont expressément prévues, soit par le Statut Général des Fonctionnaires, soit par les dispositions du Code des Pensions civiles et militaires de retraite.

C'est ainsi qu'aucune réparation à la charge de La Poste n'est prévue pour les chefs de préjudice personnels tels que la souffrance endurée, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, le préjudice moral...

Voir aussi éventuellement le chapitre 3 du présent Recueil.

1 - LES PRESTATIONS

11 - MAINTIEN DU TRAITEMENT

111 - Congé accident

Le fonctionnaire victime d'un accident survenu pendant l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions (ou le fonctionnaire dont la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L 27 du Code des pensions ainsi que celui qui a subi un prélèvement d'organe au bénéfice d'une tierce personne) conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite.

112 - Reprise de travail à mi-temps pour des raisons thérapeutiques

Préambule

BRH 1994 RH 77

Le mi-temps thérapeutique accordé à la suite d'un accident de service ou d'une maladie contractée dans l'exercice des fonctions, n'était jusqu'à présent prévu que par une simple circulaire du 7 juin 1982 commune au ministre chargé du Budget et au ministre chargé de la Fonction publique et des Réformes administratives.

L'article 18 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 - nouvel article 34 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 - relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, donne une consécration législative à ce dispositif.

Les présentes dispositions, qui ne modifient pas fondamentalement les règles applicables en la matière, ont en conséquence pour objet de réactualiser la circulaire du 29 mai 1989, désormais abrogée.

112.1 - Le principe

A - Sous réserve d'un avis favorable de la commission de réforme, le fonctionnaire, après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions, peut reprendre ses fonctions à mi-temps avec perception de l'intégralité de son traitement dans les hypothèses suivantes :

- La reprise de ce travail à mi-temps est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé.

Cette mesure ne pourra être octroyée qu'au bénéfice d'un agent dont l'état de santé n'est pas encore reconnu comme étant consolidé ou guéri, que cette période fasse suite à l'arrêt de travail initial, à une prolongation ou à une rechute imputable à l'accident ;

- La victime doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver son ancien poste ou de nouvelles fonctions compatibles avec son état de santé.

Au regard des difficultés que générerait la concomitance de l'exercice de fonctions à temps complet et le suivi normal et régulier de la rééducation ou de la réadaptation, cette mesure vise essentiellement à accorder à l'agent le temps nécessaire à l'accomplissement de ces périodes de traitements.

Cet avantage peut éventuellement être maintenu au-delà de la date de consolidation des blessures ;

- Le mi-temps thérapeutique peut également être accordé à un agent dont l'état de santé est consolidé, soit pour couvrir une période de convalescence durant laquelle l'agent est encore victime d'une fatigue résiduelle consécutive à l'accident, soit pour lui permettre d'affronter progressivement les contraintes matérielles et les implications physiques qu'engendre nécessairement l'activité professionnelle.

Dans cette situation, la raison médicale justifiant l'octroi du mi-temps thérapeutique doit logiquement rapidement disparaître.

B - Le mi-temps thérapeutique doit impérativement cesser d'être accordé dès lors qu'il n'apporte plus aucune amélioration au regard de l'état de santé de la victime.

Dans le cas où il est patent que l'état de santé de l'agent ne l'autorise plus à reprendre son travail qu'à mi-temps, sans espoir d'exercer à temps plein dans l'avenir, il convient de lui appliquer les dispositions relatives au travail à temps partiel, et non plus celles relatives au mi-temps thérapeutique après accident de service ou maladie professionnelle.

112.2 - L'application du principe

A - Mise en oeuvre

Le déclenchement de la procédure visant à autoriser un fonctionnaire à reprendre ses fonctions à mi-temps pour des raisons thérapeutiques, peut émaner :

- soit de la victime elle-même par la production d'un certificat de son médecin traitant,
- soit directement au vu des conclusions du comité médical ou d'un médecin de contrôle agréé.

B - Contrôle médical

Lorsque la demande est formulée par la victime elle-même, celle-ci doit être examinée par un médecin généraliste agréé ou par le comité médical.

Toutefois, compte tenu de l'état de santé de l'agent, il peut être judicieux de directement solliciter l'avis d'un praticien, spécialiste de l'affection présentée par la victime. Un examen complémentaire réalisé par un généraliste agréé n'est dès lors plus nécessaire.

Les conditions d'octroi du mi-temps thérapeutique, telles que précisées ci-avant, doivent impérativement et systématiquement être indiquées au médecin désigné par La Poste, afin qu'il puisse répondre le plus précisément possible aux questions qui lui seront posées. Le questionnaire proprement dit se doit en conséquence d'offrir la meilleure clarté possible.

A titre indicatif, les questions suivantes semblent s'imposer :

1° Quel est l'état pathologique présent de l'agent ?

2° Les troubles pour lesquels il demande le bénéfice du mi-temps thérapeutique sont-ils la conséquence exclusive de l'accident de service ou de la maladie professionnelle ou, au contraire, sont-ils la conséquence d'un état pathologique préexistant qui évolue pour son propre compte ?

3° Dans la mesure où les troubles constatés sont la conséquence certaine et directe de cet accident ou de cette maladie, peut-on fixer une date de consolidation ou de guérison ?

- Dans l'affirmative, sachant que le mi-temps thérapeutique ne peut être accordé après consolidation que dans deux cas (si la victime suit des séances de rééducation, ou si la mi-temps apporte une amélioration à son état de santé et permet d'envisager une reprise du travail à temps complet dans un délai rapproché), l'agent remplit-il l'une de ces deux conditions ? Si oui, laquelle ?

- Dans la négative, au regard de l'état de santé de l'agent, le mi-temps thérapeutique peut-il lui être accordé ? Si oui, jusqu'à quelle date ?

4° Compte tenu de la réponse apportée à la question précédente, à quelle date la victime sera-t-elle apte à reprendre son activité à temps complet ?

Lorsque la mise en oeuvre de la procédure est déclenchée à l'initiative du comité médical, d'un médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste de La Poste, les praticiens commis devront directement répondre aux questions ci-dessus énoncées.

C - Avis conforme de la commission de réforme

L'octroi de la reprise du travail à mi-temps, pour des raisons thérapeutiques, ne peut être consenti que sur avis conforme de la commission de réforme, laquelle doit non seulement se prononcer sur la durée de l'autorisation mais également sur les raisons qui la motivent (amélioration de l'état de santé ou nécessité de suivre une rééducation ou une réadaptation fonctionnelle).

D - Durée de l'autorisation de travail à mi-temps thérapeutique

Le mi-temps thérapeutique peut être accordé pour une période d'une **durée maximale de six mois renouvelable une fois**.

E - Prolongation éventuelle de l'autorisation initiale de travail à mi-temps thérapeutique

1 - Procédure

A l'expiration de la période initiale de mi-temps thérapeutique, un contrôle médical par le comité médical ou par un médecin agréé de La Poste doit être effectué, afin de déterminer si l'agent est à même de reprendre ses fonctions à temps complet ou s'il est souhaitable de renouveler l'autorisation de travail à mi-temps thérapeutique.

Dans cette première hypothèse, dès lors que la victime est reconnue apte à l'exercice de ses fonctions à temps plein compte tenu de la consolidation des blessures ou de la cessation de la rééducation ou de la réadaptation professionnelle, l'autorisation de travail à mi-temps thérapeutique n'est pas renouvelée.

Il n'y a naturellement pas lieu dans ce cas de prendre l'avis de la commission de réforme, sauf si l'agent sollicite expressément la prolongation de son mi-temps ou entend, d'une façon générale, contester la décision de La Poste, auquel cas la saisine de cette commission est obligatoire.

Dans le second cas, une nouvelle et **dernière** autorisation de travail à mi-temps thérapeutique pour une **période maximale de six mois** doit être envisagée après avis conforme de la commission de réforme.

2 - Difficultés nées de la fréquence des réunions des commissions de réforme

Certaines sections locales départementales ou pluridépartementales de la commission de réforme de La Poste ne se réunissent qu'irrégulièrement. Cette situation risque de rendre totalement inopérantes les présentes dispositions puisque la saisine de cet organisme est normalement obligatoire avant toute décision d'octroi d'une reprise de travail à mi-temps thérapeutique à la suite d'un congé pour accident de service.

Il peut en effet s'écouler un laps de temps relativement important entre la date à laquelle un agent devrait normalement être placé en position de mi-temps thérapeutique, après avis favorable du comité médical ou d'un médecin agréé, et la date à laquelle il sera possible de soumettre ce dossier pour avis à la commission de réforme.

L'application stricte des présentes dispositions pouvant conduire, le cas échéant, à différer une décision ponctuellement médicalement indispensable, mesure qui ne sera peut-être plus nécessaire lorsque la commission de réforme pourra valablement émettre son avis, il convient en conséquence d'y remédier en appliquant la procédure suivante.

Dès lors qu'il est incontestable que la commission de réforme ne pourra matériellement émettre son avis en temps opportun, la direction gestionnaire peut néanmoins placer l'agent en position de mi-temps thérapeutique à la date prévue, à la condition expresse que les résultats du contrôle médical diligenté conformément aux précisions précitées (§ B), soient sans ambiguïté sur le caractère impératif de l'octroi d'une telle prestation.

Le dossier étant ensuite soumis à titre de régularisation à l'examen de la commission de réforme, celle-ci peut néanmoins émettre un avis conforme défavorable. En ce cas, il convient de mettre fin au mi-temps thérapeutique, mais uniquement pour l'avenir.

Dans cette dernière hypothèse, mais également lorsque les médecins chargés du contrôle liminaire auront considéré comme non justifiée l'attribution du mi-temps thérapeutique, l'intéressé sera avisé du rejet de sa demande. Cette décision motivée lui sera régulièrement notifiée sous forme de lettre recommandée avec accusé de réception, et devra également indiquer les voies et délais de recours pour lui permettre éventuellement de la contester.

Il est également précisé que la saisine de la commission de réforme n'est pas obligatoire dès lors que les résultats du premier contrôle médical sont défavorables à l'octroi de ce mi-temps thérapeutique, sauf contestation expresse de la part de l'agent.

F - Dispositions diverses

1 - Durée du travail

La durée du travail d'un agent placé en position de mi-temps thérapeutique est toujours égale à la moitié de la durée d'un service à temps complet, quelle que soit la durée d'utilisation de cet agent avant l'accident de service.

D'autre part, cette prestation est accordée pour une durée déterminée de date à date, compte tenu du délai indispensable au rétablissement de l'état de santé de l'agent. Il n'est en conséquence en aucun cas possible à la victime qui aurait interrompu la période de mi-temps thérapeutique par des périodes de congés annuels ou des congés ordinaires de maladie, de proroger d'autant ledit service à mi-temps. Celui-ci prend en effet impérativement fin à la date initialement fixée par les médecins de La Poste.

Compte tenu de la finalité de l'octroi d'une telle prestation (favoriser l'amélioration de l'état de santé de la victime par la reprise d'un travail léger), elle doit nécessairement s'étaler sur toute la durée hebdomadaire de travail, et en aucune façon être concentrée en début ou en fin de semaine.

Enfin, ne peuvent bien entendu prétendre à ces dispositions les agents placés en position de cessation progressive d'activité, puisqu'ils exercent déjà leurs fonctions à mi-temps.

2 - Traitement versé à la victime bénéficiant d'un service à mi-temps thérapeutique

Le traitement versé ne peut en aucun cas excéder ce que l'agent percevait antérieurement à la date de l'accident. A titre indicatif, l'agent bénéficiant du régime à temps partiel à 80 % avant l'accident continue à percevoir le traitement correspondant à ce temps partiel, soit 80 %.

*IG, fascicule PC 7,
chapitre PC 7.2 (suite)*

12 - LES PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITE (cf. Instruction Générale, fascicule PP)

** L'allocation temporaire d'invalidité*

Lorsque le fonctionnaire reste atteint d'une incapacité permanente partielle d'au moins 10% résultant d'un accident de service *ou au moins 1 %* ⁽¹⁾ d'une maladie professionnelle, il peut, sous réserve d'avoir repris ses fonctions, demander le bénéfice d'une allocation temporaire d'invalidité cumulable avec son traitement.

Il est précisé que :

*Flash SPEL DOC n° 90.11
du 23.05.90, commentaire
de la seconde décision,
2ème et 3ème tirets*

- en matière d'allocation temporaire d'invalidité, il n'existe pas de présomption d'imputabilité et que dès lors c'est à la victime d'apporter la preuve que l'accident a eu "pour cause directe, certaine et déterminante un fait précis de service",
- le fait que La Poste ait accordé le bénéfice de la législation sur les accidents de service n'a pas pour effet d'entraîner automatiquement un droit à allocation temporaire d'invalidité, ce qui autorise donc tant le service administratif des pensions à Lannion que le Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget à rejeter un tel avantage même si l'accident a été initialement reconnu comme imputable au service par la Direction.

*IG, fascicule PC 7,
chapitre PC 7.2 (suite)*

** La rente viagère d'invalidité*

En application des dispositions de l'article L 28 du Code des pensions civiles et militaires (cf. chapitre 7.0, annexe n° 2 à l'article 2), le fonctionnaire bénéficiaire des dispositions de l'article 34-2°, in fine, de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique de l'Etat, peut être admis à la retraite, soit sur sa demande sans condition de délai, soit d'office après un délai minimum de douze mois, dès lors qu'il est reconnu par la commission de réforme dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions. Il a droit, dans ce cas, à une rente viagère d'invalidité cumulable avec la pension.

13 - LES AUTRES PRESTATIONS

Le fonctionnaire (ou ses ayants cause en cas d'accident mortel) a droit au remboursement des frais ci-après énumérés :

131 - Frais médicaux

Ils comprennent les honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens, ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux, à l'occasion des soins nécessités par l'accident.

⁽¹⁾ Précision apportée par le service concepteur

Les massages et les bains doivent avoir été ordonnés par le médecin traitant et reconnus nécessaires au traitement. Le chef de service peut, sur ce point, demander l'avis d'un médecin agréé.

132 - Frais pharmaceutiques et d'analyses

Ils comprennent les frais de médicaments, d'analyses et d'examens de laboratoire, ainsi que les fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments.

Le responsable du service s'assure que ces frais - notamment les médicaments et les autres fournitures pharmaceutiques médicalement prescrits - ont été nécessités exclusivement par les conséquences dommageables de l'accident.

Ce contrôle doit s'exercer plus particulièrement quand, postérieurement à la date de consolidation des blessures ou de la guérison, sont, de nouveau, présentées au remboursement des prescriptions nouvelles ou renouvelées périodiquement.

Le responsable du service peut, à cet effet, recueillir l'avis d'un médecin agréé auquel il adresse tous les documents qui lui permettront de se prononcer.

133 - Frais d'hospitalisation

Les responsables immédiats doivent, autant que possible, faire transporter les victimes d'accident dans les établissements publics hospitaliers *ou à défaut une clinique conventionnée* ⁽¹⁾. Cette prescription ne saurait, cependant, faire échec à la nécessité d'assurer au blessé, sans retard, les soins que pourrait exiger la gravité de son état. Ce souci élémentaire d'humanité peut amener le responsable du service à donner l'ordre ou l'autorisation de transporter le blessé dans une clinique privée. La Poste supporte alors l'intégralité des frais de séjour y compris le forfait journalier, il en est de même dans tous les cas où le transport en clinique est justifié par l'urgence ou la gravité des blessures, même si le responsable du service n'a pu être consulté en temps utile (cas d'appel au SAMU ou aux pompiers par exemple (1)). Toutefois, il y a lieu de s'assurer, au cours du traitement, que le séjour à la clinique est indispensable et nécessité uniquement par les suites de l'accident. Si l'état du blessé le permet, son transfert dans un établissement public pourra être demandé. Toutes réserves seraient faites, le cas échéant, au sujet du maintien de l'intéressé à la clinique.

134 - Cures thermales/Séjour en centre de rééducation fonctionnelle (1)

A - Procédure d'autorisation préalable

**** Dispositions générales***

Il faut rappeler tout d'abord qu'une cure thermale peut être prescrite, soit pour favoriser la guérison ou la consolidation des blessures, soit après ce stade pour maintenir un bon état de stabilisation et prévenir une aggravation éventuelle de l'incapacité permanente partielle dont peut rester atteinte la victime.

⁽¹⁾ Précision apportée par le service concepteur

** Dépôt de la demande de cure*

L'agent qui sollicite l'autorisation de suivre une cure thermale ou de faire un séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ⁽¹⁾ au titre de la législation sur les accidents de service doit adresser à son chef de service une demande écrite accompagnée du certificat médical délivré par son médecin traitant, lequel doit être le plus précis possible sur la qualité et la durée de la cure envisagée et, le cas échéant, sur la nature éventuelle des soins particuliers qui devront être prodigués au patient.

** Contrôle médical préalable*

Tout agent qui sollicite la prise en charge d'une cure thermale doit être soumis à un examen médical, pratiqué, soit par un médecin agréé.

Cependant, il peut être opportun, compte tenu de l'état de santé de la victime, d'avoir recours directement à un médecin agréé spécialiste de l'affection dont est atteint l'agent. Dans ce cas, l'examen de la victime par un médecin agréé, n'est alors plus nécessaire.

Afin que le responsable du service puisse prendre sa décision en toute connaissance de cause, il est indispensable que les questions posées au praticien commis par La Poste soient aussi précises que possible.

A titre indicatif, les questions suivantes s'imposent :

- *Quel est l'état pathologique de l'agent ?*
- *La cure thermale prescrite doit-elle donner lieu à la prise en charge au titre de l'accident du ?*
- *Le séjour est-il absolument nécessaire à l'amélioration ou à la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé ? Dans l'affirmative, quelle est la durée du séjour prévu ?*
- *Des soins supplémentaires sont-ils nécessaires ? Si oui lesquels ?*
- *L'état de santé de l'intéressé nécessite-t-il que la cure soit effectuée dans les meilleurs délais possibles ou peut-elle être différée sans inconvénient pour le rétablissement de l'agent, compte tenu des nécessités de service ?*

Dans le cas où l'agent souhaite effectuer sa cure thermale dans un centre précis, le médecin contrôleur devra préciser si, compte tenu de l'état de santé de l'intéressé, le choix est médicalement justifié ou si cette cure peut être suivie dans un centre plus proche de son domicile pratiquant des soins strictement identiques.

Lorsque l'agent sollicite une cure en milieu hospitalier (cure en internat) ou lorsque celle-ci est prescrite par son médecin traitant, il appartient au médecin agréé d'indiquer si cette cure s'impose médicalement ou si, au contraire, une cure en milieu externe est suffisante compte tenu de l'état de santé de la victime.

** Cas particulier des traitements dans un établissement pratiquant la thalassothérapie*

Les établissements dits de thalassothérapie pratiquent une méthode de rééducation fonctionnelle utilisant l'eau de mer. Il ne s'agit pas de "cures" et il convient donc de ne pas utiliser cette qualification à leur propos mais celle de séjours dans un centre de thalassothérapie.

(1) Les cas d'hospitalisation en centre de rééducation fonctionnelle relèvent du § 133

Compte tenu du coût élevé de tels séjours, il convient de se montrer particulièrement strict au niveau du contrôle médical préalable. Les questions spécifiques suivantes doivent être posées au médecin contrôleur :

- *Le séjour dans un centre de thalassothérapie est-il médicalement indispensable au rétablissement de l'état de santé de la victime ?*
- *Dans l'affirmative, ce séjour doit-il s'effectuer en internat ou en externat, pour quelle durée et dans quel établissement ?*
- *Dans la négative, une cure thermique traditionnelle est-elle médicalement suffisante ou la victime doit-elle recevoir des soins appropriés à son état dans un centre de rééducation fonctionnelle ne pratiquant pas la thalassothérapie ?*

** Examen post-cure*

Le nombre de séjours en cure ou dans les établissements de rééducation fonctionnelle pratiquant ou non la thalassothérapie n'est pas normalement limité pour les victimes d'accidents de service ou de travail.

Toutefois, à partir de la troisième cure (ou séjour), la victime devra systématiquement être soumise à un contrôle médical post-cure afin d'apprécier les effets de cette thérapeutique et l'opportunité de poursuivre un tel traitement en cas de demande ultérieure pour une quatrième cure (ou séjour).

Les responsables du service, selon le type de cure envisagé, seront compétents pour procéder directement au remboursement des frais engagés par les agents (cure en milieu externe) et pour autoriser la délivrance d'un feuillet de prise en charge (cure en milieu interne, séjour en internat dans un centre de thalassothérapie).

Sur l'aspect médical du problème, il est bien certain que les conclusions du médecin de contrôle s'imposent aux responsables du service, et qu'il ne saurait donc être question d'autoriser une cure thermique alors même que ce praticien l'estime non justifiée.

Aussi, lorsque la cure n'est pas considérée comme médicalement justifiée, le responsable du service doit notifier les conclusions du médecin de contrôle à la victime par lettre recommandée avec avis de réception en lui précisant cependant que la décision de La Poste ne deviendra définitive qu'après avis de la commission de réforme, dont la saisine est obligatoire dans le cadre des dispositions de l'article 13 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (cf. BO 1986 - 164 PAs.72).

Lorsque l'organisme en cause a rendu son avis, lequel n'a qu'un caractère consultatif, le responsable du service prend effectivement sa décision et la notifie dans les conditions qui précèdent en la motivant.

En revanche, lorsque la cure thermique ou le séjour en établissement de rééducation fonctionnelle pratiquant ou non la thalassothérapie ne pose aucun problème médical, il n'y a pas lieu de saisir la commission de réforme.

Dans tous les cas, qu'il y ait ou non saisine de cet organisme, il convient de notifier officiellement à l'agent soit l'acceptation, soit le rejet de la demande de cure ou de séjour.

B - Remboursement des frais résultant d'une cure thermale

** Les différentes sortes de frais*

- Les frais relatifs aux soins :

- les honoraires des médecins qui surveillent le patient pendant toute la durée de la cure ou du séjour en centre de rééducation fonctionnelle pratiquant ou non la thalassothérapie ;
- les frais pharmaceutiques prescrits au cours du traitement dès lors que ceux-ci sont en relation avec les séquelles de l'accident de service ;
- les frais de traitement médical proprement dits selon les tarifs pratiqués par l'établissement fréquenté. Ces frais sont en général composés d'un forfait de base auquel s'ajoutent des soins supplémentaires.

Dès lors que le montant de ces frais supplémentaires n'excèdent pas 153 € et qu'il n'apparaît pas qu'ils concernent autre chose que les conséquences de l'accident, ils sont normalement remboursés à l'agent. Dans le cas contraire, ils ne peuvent l'être qu'après avis préalable du médecin départemental, ou agréé.

De même, dans le cadre de l'obligation pour le responsable du service de vérifier l'utilité et le montant de la dépense, il convient de saisir le médecin de contrôle chaque fois qu'il apparaît qu'une partie d'un traitement ne se rapporte pas directement aux conséquences de l'accident.

A titre d'exemple, lorsque la cure thermale ou le séjour en centre de rééducation fonctionnelle pratiquant ou non la thalassothérapie s'accompagne, pour être efficace, d'un traitement préalable qui a pour objet de soigner un état pathologique préexistant indépendant des séquelles de l'accident (excès de poids), la prise en charge ou le remboursement des frais engagés par les agents doit se limiter aux seuls soins se rapportant directement et exclusivement aux séquelles de l'accident.

Le remboursement des frais médicaux tels qu'ils sont ci-dessus définis s'effectue toujours sur présentation par les agents des factures émises par les établissements.

Il est enfin précisé que les frais qui pourraient apparaître somptuaires et qui n'ont aucun lien avec le traitement médical lui-même, n'ont pas à être remboursés (frais de cure en 1ère classe, par exemple).

- Les frais de transport :

Les frais de transport sont indemnisés sur la base du prix d'un billet de chemin de fer, aller et retour en 2ème classe, du domicile de l'intéressé jusqu'à la station thermale.

Lorsque le chemin de fer ne dessert pas directement la station thermale, il peut y avoir lieu de rembourser des tickets d'autobus pour le parcours entre la gare et la station.

Si l'état de santé de la victime, médicalement constaté par un médecin agréé, ne lui permet pas d'utiliser un moyen de transport en commun, l'autorisation d'utiliser son véhicule personnel ou un moyen de transport spécifique (ambulance ...) peut être exceptionnellement accordée, le remboursement des frais de transport intervenant alors sur la base des frais réellement engagés (présentation de la note d'ambulance, calcul de la consommation du véhicule personnel en fonction de la puissance, de la distance et du prix de l'essence).

De même les frais de déplacement de la personne accompagnant la victime peuvent être remboursés dans le cas où il est médicalement reconnu par le médecin de contrôle que le curiste est dans l'impossibilité de se rendre seul à la station thermale en raison de la gravité de son état de santé.

- Les frais de séjour :

Les frais de séjour sont indemnisés dans la limite de 170 % du forfait d'hébergement de la sécurité sociale. Ce montant est porté à la connaissance des services chaque année.

Par frais de séjour, il convient d'entendre uniquement les frais de location d'un appartement, d'un studio, d'un emplacement de camping dans certains cas, d'une chambre d'hôtel. Les repas en tant que tels n'ont pas à être pris en considération.

Dans tous les cas, ces frais doivent être attestés par une facture. A défaut de justifications particulières à cet égard, aucun remboursement ne peut avoir lieu car le forfait ci-dessus défini constitue un plafond du remboursement mais ne saurait être systématiquement servi à défaut de pièces justificatives d'une dépense. Bien entendu, si le montant de la dépense est inférieur au forfait, le remboursement est limité aux frais réels.

Si, pour une raison médicale ou un cas de force majeure, la victime est contrainte d'interrompre sa cure ou son séjour, elle perçoit une somme proportionnelle à la durée de son séjour. C'est ainsi que si un agent autorisé à accomplir une cure de 21 jours - durée classique - l'interrompt le 10ème jour, pour un motif considéré comme valable, il percevra : forfait frais de séjour x 10

21

** Modalités de remboursement*

Selon le type de séjour envisagé, la procédure suivie est différente.

- Séjour en externat :

Dans ce cas l'agent doit se rendre tous les jours à l'établissement thermal pour recevoir les soins appropriés à son état.

Il doit alors faire l'avance de tous les frais et en solliciter ensuite le remboursement auprès de sa direction gestionnaire en produisant toutes pièces justificatives nécessaires, sauf à déduire le montant de l'avance qui lui a été éventuellement consentie.

- Séjour en internat :

L'agent n'a aucune dépense à exposer que ce soit en ce qui concerne le séjour ou le traitement proprement dit. Cette situation est assimilée à une hospitalisation.

De ce fait, le responsable du service doit autoriser la délivrance d'un feuillet de prise en charge directe à la victime qui le remet à l'établissement lors de son entrée.

** Dispositions particulières : les avances sur cures*

Si l'agent se trouve dans une situation financière délicate, il peut solliciter l'octroi d'une avance sur frais de cure.

Il appartient à la direction gestionnaire de s'assurer que la demande est justifiée en faisant procéder à une enquête sociale qui devra comporter toutes précisions sur :

- le montant des charges et des revenus perçus par l'intéressé ou le ménage ;
- le nombre de personnes à charge.

Au vu de ce rapport d'enquête, le responsable du service peut librement apprécier l'opportunité d'octroyer une telle avance à l'intéressé et en fixer le montant en veillant à ce que celui-ci demeure toujours inférieur au montant des dépenses prévisibles déterminées dans les conditions qui précèdent.

Bien entendu, aucune avance n'est à prévoir lorsqu'il y a prise en charge directe.

** Période de séjour*

Lors de la première cure, il est évident que l'agent victime d'un accident à intérêt à suivre le traitement thermal dans les délais les plus brefs sans qu'il y ait lieu de distinguer s'il se situe en période de pleine ou de morte saison.

S'agissant des cures suivantes, on peut admettre que le traitement thermal ne revêt pas, en principe, un caractère d'urgence aussi affirmé. Dans ce cas le chef de service peut décider pour le bon fonctionnement du service de reporter à une date autre que celle choisie par le curiste le séjour thermal sollicité, sauf avis médical contraire du médecin de contrôle, bien entendu.

135 - Appareils de prothèse et d'orthopédie

La demande d'appareillage émane en principe du médecin traitant ou du service hospitalier qui a prodigué les soins consécutifs à l'accident.

Pour le gros appareillage (véhicules pour handicapés physiques, appareils de prothèse, orthopédie et accessoires, et moulages sur nature), la victime sur l'invitation de son responsable du service, doit adresser une demande d'inscription au centre d'appareillage du Secrétariat d'Etat des Anciens Combattants le plus proche de son domicile ⁽¹⁾. Le centre auquel la victime s'est fait inscrire remet à celle-ci un livret d'appareillage sur lequel sont mentionnés la nature et le nombre d'appareils délivrés, les réparations et renouvellements effectués et les frais correspondants. La délivrance, la réparation et le renouvellement des appareils se font dans les conditions pratiquées par le centre d'appareillage du Secrétariat d'Etat des Anciens Combattants à l'égard de leurs autres ressortissants. Au cas où la victime néglige de se faire inscrire à un centre d'appareillage, le responsable du service peut requérir directement cette inscription du centre compétent.

Les frais d'appareillage à la charge de La Poste comprennent :

- * Les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils d'après les tarifs pratiqués par les centres ;
- * Les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation et de renouvellement ;
- * Les frais légitimes de déplacement exposés par la victime lors de chacune de ses visites soit au centre d'appareillage, soit à son fournisseur ;

⁽¹⁾ L'inscription au centre n'est pas requise pour le petit appareillage (bandages herniaires, ceintures médico-chirurgicales, corssets orthopédiques en tissu armé, appareils de correction (attelles, coussins d'abduction, orthèses), semelles orthopédiques, coques talonnières, appareils releveurs de pied, chaussures de série, adaptables ou non sur des orthèses pour anomalies des pieds des enfants, adolescents et adultes, chaussures pour pied sensibilisé, chaussures de série allant sur les appareils de marche destinés aux infirmes moteurs et aux poliomyélitiques, colliers cervicaux, vêtements compressifs pour grands brûlés). La victime doit, après avis favorable d'un médecin agréé (ou départemental), s'adresser à un fournisseur agréé par la Sécurité sociale, payer l'objet acheté et transmettre à son responsable du service la note de frais correspondante en vue d'obtenir le remboursement de la dépense.

- * Une quote-part des frais entraînés par le fonctionnement administratif du centre pour l'appareillage des mutilés du travail. Cette quote-part ne peut être supérieure au dixième du montant des prix de fourniture ou de réparation des appareils réceptionnés par ledit centre.

Le centre fait l'avance de tous les frais d'appareillage et rembourse notamment au mutilé ses frais de déplacement lors de chacune de ses visites. Il en recouvre ensuite le montant en adressant une note de frais au chef de service qui procède alors directement au règlement des dépenses.

En ce qui concerne le petit appareillage, la direction gestionnaire peut, après contrôle médical, délivrer un feuillet de prise en charge.

136 - Frais de transport

Ils sont remboursés, en principe, sur la base du moyen le plus économique ; toutefois, en cas de transport d'urgence de l'intéressé à l'hôpital ou dans une clinique, le remboursement se fait sur la base des frais réellement engagés.

En cas d'accident mortel et sur la demande de la famille, La Poste prend en charge les frais de transport du corps au lieu de sépulture en France dans la mesure où ces frais se trouvent, soit occasionnés en totalité, soit augmentés du fait que le décès s'est produit au cours d'un déplacement pour le travail hors de la résidence de la victime, sur l'ordre de La Poste.

137 - Frais de réadaptation fonctionnelle

Ils comprennent les frais médicaux et de prothèse nécessités par les besoins de la réadaptation fonctionnelle. Ces dépenses doivent avoir été autorisées par la commission de réforme. *S'agissant des prothèses, voir aussi le § 135 ci-dessus ⁽¹⁾.*

Le traitement prévu peut comporter l'admission dans un établissement public ou dans un établissement autorisé ; le bénéficiaire est alors tenu de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits sur avis du médecin agréé et, notamment, de s'abstenir de toute activité non autorisée, enfin de se soumettre aux visites médicales et aux contrôles jugés nécessaires.

S'il ne remplit pas ces obligations et si, par ailleurs, le délai de douze mois prévu par l'article L 28 du Code des pensions civiles et militaires est révolu, le responsable du service est tenu de faire passer l'intéressé devant une commission de réforme qui formulera un avis, soit sur son admission à la retraite, soit sur les conditions de sa réaffectation administrative.

138 - Frais d'optique

Remarque préliminaire :

Il est dûment précisé que le remboursement de frais d'optique ne peut intervenir au titre de la législation relative aux accidents de service que dans l'hypothèse où le bris de lunettes, ou de verres de contact, s'accompagne d'une atteinte corporelle qui, à elle seule, caractérise l'accident.

Dans le cas contraire (incident matériel), l'indemnisation des frais exposés par l'agent est fixée compte tenu de sa situation personnelle et de l'éventuelle implication d'un tiers.

⁽¹⁾ Précision apportée par le service concepteur

Les bases de remboursement :

Les agents victimes d'accidents de service peuvent prétendre au remboursement des frais d'optique entraînés par l'accident sur les bases suivantes :

* En ce qui concerne les verres, la règle est le remboursement intégral en prenant comme référence le coût de verres de qualité égale à ceux qui ont été détruits lors de l'accident.

Il ne pourra être dérogé à ce principe que si une modification notable et médicalement constatée de l'acuité visuelle de l'agent justifie la fourniture de verres de qualité différente ;

* Les montures de lunettes sont remboursées dans la limite d'un prix forfaitaire révisable (22,87 € au 01.07.1993).

139 - Frais de prothèse dentaire

La procédure à suivre pour déterminer le montant du remboursement des frais de prothèse dentaire pour l'agent victime d'un accident de service obéit à des règles particulières auxquelles il convient de se référer scrupuleusement :

- le blessé conserve le libre choix du praticien chargé des soins et travaux d'appareillage ;
- ce praticien, avant toute intervention, doit établir une proposition chiffrée des soins et appareillages nécessités par les conséquences de l'accident de service ;
- la victime doit alors impérativement adresser ce devis à son responsable du service afin d'obtenir l'accord de La Poste avant que ne débute le traitement, un contrôle a posteriori ne permettant plus au médecin spécialiste agréé de formuler valablement son avis sur l'utilité des soins et de la prothèse prescrits et leur relation avec l'accident de service ;
- le médecin (ou chirurgien-dentiste) agréé commis aux fins de contrôle a pour mission d'indiquer le coût réel des soins et appareillages nécessités par l'accident sans faire référence aux barèmes limitatifs de la sécurité sociale.

A cet égard, il peut arriver qu'en raison de l'état de la denture de l'agent préalablement à l'accident, il soit indiqué de procéder à des travaux qui portent simultanément sur les dents détériorées par l'accident et sur d'autres dents.

Dans cette éventualité, il appartient au médecin agréé, chargé d'effectuer le contrôle, de différencier les soins et appareillages liés à l'accident de ceux qui ne le sont pas et de dégager comme il est précisé ci-dessus le coût réel des premiers. Seuls ceux-ci seront pris en charge au titre accident, le remboursement des seconds incombant à la Caisse de sécurité sociale dont relève l'intéressé ;

- le coût ainsi fixé par le spécialiste agréé constitue la base du remboursement de La Poste. Que le coût déterminé par ce praticien soit identique ou non à celui fixé par le chirurgien-dentiste traitant, il devra toujours être communiqué à l'agent, celui-ci ayant intérêt à être parfaitement renseigné dans ce domaine en raison des débours importants que représente souvent la mise en place de prothèses dentaires.

En définitive, il est impératif que les agents victimes d'un accident de service soient parfaitement informés de la procédure d'entente préalable ci-dessus décrite et de son caractère obligatoire. En effet, dans le cas où la victime ne satisferait pas à cette obligation et solliciterait donc, a posteriori, le remboursement de frais de prothèse dentaire sans que le médecin conseil de La Poste ait pu se prononcer sur les travaux à exécuter, le responsable du service pourra limiter le remboursement des soins aux tarifs de responsabilité habituellement retenus par les caisses de sécurité sociale dans le cadre de l'assurance maladie.

140 - Frais funéraires

*NDS n° 01
du 05.01.06*

En cas d'accident ou de maladie revêtant un caractère professionnel et entraînant le décès de l'agent, les ayants cause de la victime peuvent prétendre au remboursement des frais funéraires, dans la limite des frais engagés, et sans que l'indemnité allouée puisse excéder le vingt-quatrième du maximum de la rémunération annuelle retenue pour l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

Le montant maximal de remboursement des frais funéraires prévus en matière d'accidents de service ou du travail, de trajet ou de maladie professionnelle est fixé à :

- **1 295 €** à compter du 1er janvier 2006.

IG, fascicule PC7,
chapitre PC 7.2 (suite)

2 - DUREE DU SERVICE DES PRESTATIONS

En ce qui concerne le traitement, il convient de se reporter à l'article 11 du présent chapitre.

Le paiement des prestations en nature dues à la suite d'un accident de service, doit être assuré tant que l'état de santé du fonctionnaire nécessite des soins.

Sous réserve des contrôles médicaux indispensables, il peut donc être procédé au remboursement des frais, même après la reprise de service du fonctionnaire.

Cas particulier des retraités

Les fonctionnaires retraités ont droit, dans les mêmes conditions que les fonctionnaires en activité, au remboursement des frais par eux engagés à la suite d'un accident de service survenu antérieurement à la date de leur mise à la retraite.

Le responsable du service peut solliciter, avant tout remboursement, l'avis de la commission de réforme dans le ressort duquel se trouvait la dernière résidence administrative du retraité. Toutefois, si la relation de cause à effet entre l'accident et les frais engagés ne fait aucun doute, il n'est pas nécessaire de recourir à cette formalité (notamment dans le cas de règlement des frais de renouvellement de prothèse aux centres d'appareillage).

3 - LE REGLEMENT DES DEPENSES

31 - LES CERTIFICATS DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge directe des frais d'ordre médical entraînés par les accidents doit être envisagée lorsque les premières constatations ne laissent absolument aucun doute sur l'imputabilité de l'accident au service.

Dans ce cas, le responsable immédiat délivre au fonctionnaire les attestations ou imprimés destinés à être remis par l'intéressé à l'établissement de soins, au médecin traitant ou à l'auxiliaire médical en vue de la prise en charge directe des frais par La Poste.

Cette procédure s'applique aux frais limitativement énumérés ci-après :

- * Honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux à l'occasion des soins nécessités par l'accident ;
- * Frais de médicaments, d'analyses et d'exams de laboratoire et de fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments ;
- * Frais médicaux d'hospitalisation ;
- * Frais résultant des visites ou consultations de contrôle et de la délivrance de tous les certificats médicaux exigés de l'intéressé au cours de la procédure de constatation et de contrôle ;
- * Frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier.

Sont donc exclus de cette mesure les frais de cures thermales, d'appareils de prothèse et d'orthopédie, de réadaptation fonctionnelle et de séjour en maison de repos.

Pour réaliser la prise en charge, il est remis aux victimes une feuille d'accident de service qui présente une grande analogie avec la feuille d'accident du travail (cette dernière ne doit en aucun cas être délivrée à des fonctionnaires). Mention est faite de cette délivrance sur la déclaration d'accident de service.

Les responsables du service doivent prendre toutes dispositions utiles pour que ces documents soient remis aux victimes dans les délais les plus brefs.

La victime conserve le libre choix de son médecin, de son pharmacien et de l'établissement d'hospitalisation. Mais les frais pris directement en charge par La Poste sont limités aux tarifs légalement applicables en matière d'assurance maladie et, en cas d'hospitalisation dans une clinique privée, à concurrence des frais d'hospitalisation qui auraient été payés dans un établissement public.

La prise en charge directe n'engage La Poste que dans la mesure où le caractère professionnel de l'accident est définitivement admis.

S'il apparaît, après avis de la commission de réforme, que l'accident n'est pas imputable au service, le responsable du service doit demander le remboursement des frais déjà pris en charge soit à la Sécurité sociale et à l'agent, chacun pour leur dû, soit à l'agent seul, celui-ci se retournant alors vers la Sécurité sociale.

Pour les frais donnant lieu à prise en charge directe mais non prévus dans l'imprimé, il y a lieu de délivrer au fonctionnaire une attestation établie selon le modèle figurant ci-après en [annexe au présent article 31](#).

Bien entendu, les victimes peuvent préférer, au lieu de la prise en charge, être remboursées (ainsi qu'il est prévu à l'article 34-2° in fine de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984) des frais qu'elles ont personnellement engagés, ce qui leur permet essentiellement de bénéficier dans certains cas de règlements en dépassement des tarifs applicables en matière d'assurance maladie. Les responsables des services ont alors la possibilité, dans les cas justifiés par l'importance des dépenses engagées par rapport au montant des revenus professionnels du fonctionnaire, d'accorder à l'intéressé, par provision sur les sommes qui lui seront remboursées, une avance lui permettant de faire face à ses obligations les plus importantes.

ANNEXE A L'ARTICLE 31

LA POSTE

.....
Direction ou service

..... Date

Bureau
.....

ATTESTATION

Je soussigné (grade et fonction du responsable du service) certifie que M a été victime d'un accident de service.

M fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) n'est pas soumis à la législation sur les accidents du travail, mais relève des dispositions de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 constituant le titre II du statut général des fonctionnaires ; les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à son accident de service seront pris en charge par **(LA POSTE, Direction de l'Organisation, de l'Informatique et de la Gestion des Ressources Humaines - Secrétariat Général - RH - B.P. n° 134 - 111 Boulevard Brune 75663 PARIS CEDEX 14)** dans les conditions prévues par l'article 34-2 in fine de la loi précitée.

Signature :

32 - LE CONTROLE ET LE REGLEMENT DES FRAIS

Le responsable du service doit procéder, dans tous les cas, non seulement à la vérification matérielle de l'exactitude du montant des dépenses exposées, mais encore à l'examen de leur utilité dont la preuve doit être strictement apportée par le fonctionnaire.

Il s'ensuit que la preuve de l'utilité des dépenses sera, le plus souvent, établie lorsqu'il résultera à l'évidence des contrôles médicaux ordonnés par La Poste qu'il s'agit bien de soins nécessités par l'accident.

Le règlement des frais se fait au vu de la liasse 945-4 dûment complétée ⁽¹⁾.

Par ailleurs, l'utilité des dépenses consécutives à l'accident, et supérieures au tarif de remboursement de la Sécurité sociale, ne pourra être justifiée que par l'une des situations suivantes :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière de la victime (ex : urgence ...) ;
- qualité particulière du praticien résultant de titres universitaires ou hospitaliers ;
- autorité médicale accrue résultant de fonctions hospitalières, ou de travaux personnels, ou de la durée d'exercice liée à la fréquentation d'un établissement hospitalier ayant un rôle d'enseignement, postérieure à l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou de certificats d'études spéciales (pour les spécialistes qualifiés), ou à l'appel habituel en consultation par des confrères de même discipline.

Lorsqu'il apparaîtra que la victime a, sans motif légitime, fait appel à un praticien fixant librement le montant de ses honoraires, la prise en charge des frais exposés n'interviendra que dans la limite des tarifs les plus favorables pratiqués par les praticiens relevant du régime conventionné de la zone de résidence du fonctionnaire.

*Si la liasse 945-4
n'était pas utilisée*

, le remboursement des spécialités pharmaceutiques, produits sous cachets, sérums thérapeutiques, vaccins et produits assimilés, est subordonné à la production d'une vignette gommée extraite du conditionnement. Cette vignette doit être collée par le fonctionnaire sur l'ordonnance tarifée par le pharmacien avant d'être jointe à sa demande de remboursement.

Le remboursement à la victime (ou, le cas échéant, à ses ayants cause) des frais engagés du fait de l'accident est opéré par le responsable du service sur le vu de toutes justifications utiles. Il va sans dire que ce remboursement ne fait pas obstacle au versement éventuel des dommages-intérêts qui seraient dus à l'intéressé suivant les principes du droit commun du fait de la responsabilité de tiers. La mise en oeuvre de cette réparation civile est toutefois étrangère au domaine statutaire, de même que la faculté pour La Poste d'exercer éventuellement un recours contre le tiers responsable.

Les notes de frais doivent être examinées très soigneusement.

Lorsque la responsabilité d'un tiers est susceptible d'être mise en cause, il convient de prendre copie des notes de frais avant règlement, en vue du recours ultérieur.

⁽¹⁾ Précision apportée par le service concepteur

4 - CAS PARTICULIER : LA TITULARISATION DES AGENTS NON TITULAIRES

41 - LES CONSEQUENCES AU NIVEAU DES PRESTATIONS EN ESPECES ET EN NATURE

lorsque l'accident du travail est survenu antérieurement à la date d'effet de la titularisation :

- * en cas d'arrêt de travail dû aux séquelles de l'accident, les agents se trouvant encore dans cette position au-delà de la date d'effet de la titularisation devront être placés, à compter de cette date, en congé ordinaire de maladie ;
- * compte tenu des règles de cumul entre traitement et indemnités journalières, la situation des intéressés doit être réglée dans les conditions suivantes :

3 premiers mois : - plein traitement,

- arrérages de la rente accident du travail éventuelle ;

9 mois suivants : - demi-traitement,

- arrérages de la rente accident éventuelle,
- fraction d'indemnités journalières allouée, le cas échéant, de telle manière que l'ensemble des trois éléments soit égal au traitement d'activité ;

au-delà des 9 mois : - disponibilité d'office,

- arrérages de la rente accident du travail éventuelle,
- fraction d'indemnités journalières allouée, le cas échéant, de telle manière que l'ensemble de ces deux éléments soit égal à 80 % du traitement d'activité.

lorsque l'accident est survenu postérieurement à la date d'effet de la titularisation :

- * l'effet rétroactif de la titularisation entraîne l'application à l'intéressé des dispositions du statut général des fonctionnaires relatives aux accidents de service. En conséquence, la situation de l'agent doit être régularisée par un congé avec plein traitement au titre de la législation sur les accidents de service sous déduction des avantages déjà servis au cours de la période en cause, au titre de la législation sur les accidents du travail.

42 - LES CONSEQUENCES AU NIVEAU DE LA RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL

lorsque l'accident du travail est survenu antérieurement à la date d'effet de la titularisation :

- * dans le cas où une rente accident du travail a été accordée aux intéressés, ces derniers conservent le bénéfice de cette rente ;
- * dans l'hypothèse où la rente n'a pas encore été liquidée au moment où intervient la décision de titularisation, il y a donc lieu de procéder à cette liquidation ;

* en cas de modification de l'état de la victime, il peut être procédé à une révision de la rente (cf. guide memento - recueil PX, chapitre 5, art. 7 pour les agents contractuels de droit privé, et fascicule PX 5 de l'Instruction Générale, art. 5.234.3 pour les agents contractuels de droit public).

lorsque l'accident du travail est survenu postérieurement à la date d'effet de la titularisation :

* si le bénéficiaire d'une rente accident du travail vient à être titularisé à compter d'une date antérieure à celle de l'accident générateur de la rente, il cesse automatiquement de bénéficier de ladite rente à compter du jour de la notification de la décision de titularisation et ce quel que soit le taux d'invalidité retenu ;

* lorsqu'une rente a été attribuée avant la date de la notification de la décision de titularisation, les arrérages de cette rente cessent d'être servis à compter de cette date ;

* dans le cas où la rente n'a pas encore été liquidée au moment où intervient la titularisation, il n'y a pas lieu de procéder à cette liquidation au titre du régime accident du travail qui ne s'applique plus aux intéressés, l'accident en cause étant réputé devenir un accident de service ;

* deux cas sont alors à envisager :

*** si le taux d'incapacité permanente partielle dont reste atteint l'agent est égal ou supérieur à 10 %, ce dernier pourra éventuellement se voir octroyer une allocation temporaire d'invalidité ; les directions gestionnaires devront donc dans cette hypothèse informer les agents concernés dans les meilleurs délais afin que ceux-ci puissent en faire la demande dans le délai impératif d'un an à compter de la date de la notification de la décision de titularisation,*

*** si le taux d'incapacité permanente partielle reste inférieur à 10 %, l'agent ne pourra prétendre à ce titre à aucune indemnisation sauf aggravation ultérieure de son état de santé ayant pour effet de porter ce taux au seuil minimum requis de 10 %.*

Dans les deux cas, les directions gestionnaires devront obligatoirement saisir les services compétents de La Poste pour annulation de la rente et le service administratif des pensions pour le problème touchant aux modalités d'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité.

5 à 8 - POUR ORDRE

9 - DIVERS

91 - DEGATS MATERIELS

Pour tous renseignements utiles liés aux problèmes d'assurances, vous pouvez aller sur le site Intranet "Risques et assurances".

BO 1989 1048 CAB 34
Extraits

911 - Accidents ou incidents de service

Il est précisé que :

a - Les dédommagements ne doivent être envisagés que dans les cas suivants :

- détérioration d'effets et d'objet personnels ;
- vols de numéraire ou vol de fonds ou d'effets dans les locaux du service ou à l'occasion du service ;
- vols de véhicules à moteur ou dégâts occasionnés sur cette catégorie de véhicule, lors d'un accident ou d'incident de service, à condition que les agents aient été autorisés à utiliser ces véhicules pour les besoins du service et qu'ils ne perçoivent pas l'indemnité kilométrique réglementaire (indemnités destinées à couvrir les frais qu'entraîne, pour les intéressés, l'usage de ces véhicules).

Cette clause peut être assouplie par le chef de service, pour tenir compte de la situation personnelle de la victime.

Le garage de bicyclettes à l'intérieur des locaux d'un bureau de poste ne peut être autorisé systématiquement. Il appartient au chef d'établissement de donner ou non son accord. Seules les bicyclettes utilisées pour les besoins du service pourront faire l'objet d'une indemnisation.

En outre, il ne saurait être question de rembourser systématiquement les frais occasionnés par un accident ou un vol ; dans ce dernier cas notamment, une enquête doit établir que l'intéressé a pris toutes les précautions nécessaires à la protection de son véhicule, déterminer éventuellement la part de responsabilité de l'administration dans les cas considérés ; - bris de lunettes non accompagné de blessures.

Nota - Il est dûment précisé que le remplacement de lunettes brisées à l'occasion d'un accident ayant entraîné pour l'agent une atteinte corporelle survenue au cours du service ou du trajet doit donner lieu à une indemnisation forfaitaire prévue par la législation relative aux accidents de service (circulaire n° 172 du 9 février 1982, BO 1982, 44 P.As 22).

b - Pour la fixation du montant de l'indemnité allouée, les éléments suivants devront être pris en considération :

- importance du préjudice subi ;
- traitement perçu par l'intéressé ;
- charges de famille ;
- vétusté de l'objet endommagé ;
- part de responsabilité incombant à l'agent en cause ;
- manière de servir de l'intéressé ;
- indemnité versée par la compagnie d'assurance, soit de l'intéressé, soit du tiers en cause lorsqu'il y a vol ou accident de véhicule.

912 - Agressions (voir aussi le chapitre 7 du présent Recueil)

A) Cas général

Compte tenu du caractère particulier des agressions qui conduit à une position plus libérale de La Poste, que ces agressions aient été commises pendant ou à l'occasion du service, les indemnités versées pour dégâts matériels sont définies pour les situations et selon les critères énumérés ci-dessous.

a - Les dédommagements sont envisagés dans les cas suivants :

- détérioration d'effets et d'objets personnels ;
- vols de numéraire ou vol de fonds d'effets ou d'objets personnels ;
- vols de bicyclettes ou dégâts occasionnés sur cette catégorie de véhicules ;
- vols de véhicules à moteur ou dégâts occasionnés sur cette catégorie de véhicule (à condition que les agents aient été autorisés à utiliser ces véhicules pour les besoins du service ou qu'ils aient été autorisés à stationner dans les emprises administratives).

b - Pour la fixation du montant de l'indemnité allouée, les éléments suivants devront être pris en compte :

- importance du préjudice subi ;
- vétusté de l'objet endommagé ;
- l'indemnité éventuellement versée par la compagnie d'assurance de l'intéressé viendra en déduction de l'indemnisation par La Poste.

BP 1999 CAB/CJF 03
du 05.10.99

B) Cas particulier des agents travaillant en Zone Urbaine Sensible (ZUS) : assurance pour l'indemnisation des préjudices matériels des agents exerçant leur activité en ZUS

Préambule

Le contrat d'assurances a été souscrit auprès de GMF/La Sauvegarde.

Il couvre les biens personnels des agents de La Poste qui exercent dans une zone urbaine sensible et sont victimes d'un acte délictueux pendant la durée de leur service ou au cours de leurs trajets pour s'y rendre ou pour en revenir. Bénéficiaire de l'indemnisation des préjudices matériels, tout agent qui est affecté ou travaille de manière effective et à titre principal en zone urbaine sensible (cf. BRH du 16 mars 1999, RH 39). L'acte délictueux doit être à l'origine du préjudice matériel subi par l'agent.

La date de prise d'effet de cette assurance est fixée au 17 mars 1999 à 0 h 00.

Souscripteur : La Poste, Siège social

44, Bld de Vaugirard, 75015 PARIS

Assureur : GMF/La Sauvegarde, Siège social,

76, Rue de Prony, 75857 PARIS CEDEX 17

Objet des garanties : Assurance de biens personnels des agents de La Poste, travaillant en zone urbaine sensible (ZUS) telle que définie par l'Etat.

Numéro de contrat : 082.749**1) Les garanties : nature, montant et franchise**

Les garanties s'étendent aux dommages subis par le véhicule personnel utilisé par l'agent (2 ou 4 roues), les objets transportés non visibles situés dans le coffre du véhicule, et les effets personnels de l'agent.

Les préjudices corporels causés aux agents ainsi que les dommages aux biens de La Poste ne sont pas garantis par cette assurance et restent gérés selon les dispositions générales en vigueur.

** Le véhicule (4 roues ou 2 roues)*

Nature : La garantie couvre les dommages, y compris le vol, subis par le véhicule personnel de l'agent du fait de la malveillance d'un tiers.

Montant : Limite à 23 000 €(TVA comprise), estimation de la valeur à dire d'expert.

Exclusion : Tous les accessoires non fixes.

Franchise : Aucune.

** La garantie est étendue aux objets transportés non visibles situés dans le coffre du véhicule.*

Montant : Limité à 765 € vétusté déduite.

Exclusions : Fourrures, objets précieux, objets de valeur, espèces monnayées, chèques, cartes de paiement et cartes de crédit.

Franchise : Aucune.

** Les effets personnels*

Nature : La garantie couvre tous les biens volés ou détériorés sur la personne lors d'un acte délictueux (vol, menace, coup, rixe, agression...).

Exclusions : Espèces monnayées, chèques, cartes de paiement et cartes de crédit.

Montant : Limité à 305 € vétusté déduite.

Franchise : Aucune.

2) Les conditions de mise en jeu des garanties

Les préjudices subis par l'agent doivent avoir eu lieu pendant le temps de travail de l'agent en ZUS, ou au cours de leurs trajets pour se rendre à leur service ou pour en revenir.

L'agent doit avoir porté plainte pour l'acte délictueux à l'origine des dommages et une déclaration de tous ses préjudices doit être co-signée avec le Chef d'Etablissement.

Le véhicule de l'agent doit être stationné sur le parking de l'établissement de La Poste ou dans un périmètre le plus proche possible en cas d'absence de parking spécifique. Le véhicule doit être fermé à clef, antivol actionné, et aucun objet apparent susceptible d'attirer la convoitise ne doit être laissé dans le véhicule (sac à main, blouson, autoradio extractible,...), l'assuré doit déclarer le sinistre au plus tard dans les 10 jours suivant sa survenance.

3) Les modalités en cas de sinistre

L'agent victime d'un acte délictueux doit remplir et co-signer avec son Chef d'Etablissement une déclaration suivant le modèle figurant [en annexe](#).

Une fois complétée, un double de cette déclaration sera transmis immédiatement au gestionnaire de dossiers de sinistres de l'entité, pour enregistrement dans le système d'information de la sinistralité (SIS).

L'original de la déclaration accompagné des [pièces justificatives du préjudice](#), sera adressé directement à la GMF, pour instruction et règlement, selon les modalités suivantes :

** Les documents à fournir*

- original du dépôt de plainte,
- déclaration de tous les préjudices subis co-signée par l'agent et par le Chef d'Etablissement,
- justificatifs : facture d'achat obligatoire pour les objets et les effets personnels d'un montant unitaire supérieur ou égal à 80 €. Si ce montant unitaire est inférieur, une déclaration sur l'honneur signée de l'agent sera nécessaire en l'absence de facture.

Dans l'hypothèse où le véhicule personnel de l'agent est endommagé :

- immatriculation du véhicule,
- nom de la société où est assuré le véhicule,
- numéro du contrat d'assurance,
- formule de garanties.
- facture ou devis de réparation (original de la facture si les dommages au véhicule n'excèdent pas 305 €). Si l'agent ne souhaite pas faire l'avance des fonds, il lui est possible d'obtenir une prise en charge directe par la GMF chez un de ses réparateurs agréés.

Documents complémentaires à fournir :

Si le montant des réparations est évalué à moins de 305 €TTC :

- l'original de la facture de réparation,

Si le montant des réparations est évalué à plus de 305 €TTC :

- le lieu, où les dommages subis par le véhicule assuré pourront être éventuellement constatés par l'expert de l'Assureur, avant de procéder à toute réparation.

Si le véhicule assuré a été volé :

- la carte grise du véhicule ou la facture d'achat pour un véhicule non immatriculé,
- le certificat de situation du véhicule délivré par la Préfecture (certificat de non-gage),
- le rapport de contrôle technique pour les véhicules qui y sont soumis.

** L'adresse d'envoi*

Les documents cités ci-dessus à destination de la GMF, sont à envoyer à l'adresse suivante exclusivement :

GMF
Risques Spécifiques
Assurance des agents de La Poste travaillant en Z.U.S.
49, avenue Georges Pompidou
92593 LEVALLOIS-PERRET CEDEX
Fax : 01.41.40.54.94

Renseignements téléphoniques de la GMF : 02.38.72.33.43.

** Les modalités de remboursement*

A réception de la [déclaration](#) accompagnée de tous les [documents nécessaires](#), la GMF procédera à l'instruction du dossier et à l'expertise du véhicule si nécessaire, puis indemniserà l'agent sous quinze jours en lui adressant une lettre-chèque du montant de l'indemnité due, directement à l'adresse personnelle que l'agent aura mentionnée dans sa déclaration initiale.

A l'issue de ce règlement, la GMF informera La Poste en communiquant au gestionnaire de dossiers de sinistres de l'entité, la date et le montant de l'indemnisation versée à l'agent. Dès réception, le gestionnaire de dossiers de sinistres complètera les informations dans SIS, procédera au classement du dossier et fera parvenir au Chef d'Etablissement une note lui précisant les modalités du remboursement obtenu par l'agent.

IG, fascicule PC 7,
chapitre PC 7.2 (suite)

92 - RECHUTES

La rechute se définit comme une dégénérescence subite et spontanée de l'affection dont est atteinte la victime, provenant de l'évolution des séquelles de l'accident initial et sans intervention d'une cause extérieure.

Le fonctionnaire qui, après guérison (ou consolidation des blessures) et reprise du service, interrompt ses fonctions par suite d'une maladie ou d'une infirmité ayant un rapport avec son accident, doit, dès lors que la relation de cause à effet avec l'accident est formellement établie, bénéficier à nouveau d'un congé d'accident avec paiement du traitement entier et remboursement des frais.

Le fonctionnaire qui, avant sa nomination, a été victime d'un accident du travail ne peut prétendre, en cas de rechute, au bénéfice des dispositions de l'article 34-2° in fine de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 lorsque la date de l'accident est antérieure à la date d'effet de la nomination. Dans cette hypothèse, il doit être placé en congé de maladie ordinaire. Toutefois, il bénéficiera, pendant sa rechute, des prestations prévues par le livre IV du Code de la Sécurité sociale et, éventuellement, des dispositions du guide mémento - recueil PX (agents contractuels de droit privé) et du fascicule PX de l'Instruction Générale (agents contractuels de droit public) si l'accident est survenu alors qu'il travaillait pour le compte de La Poste.

Il est possible de saisir les services compétents de La Poste lorsque des difficultés se présentent pour le règlement des cas de l'espèce.

93 - CUMUL DES CONGES DE MALADIE ET DES CONGES POUR ACCIDENT

Encore que l'article 34-2° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 constituant le titre II du statut général des fonctionnaires vise à la fois les congés ordinaires de maladie et les congés pour accident de service, il importe de considérer comme distincts les régimes établis pour chacune de ces deux catégories de congés dont la nature demeure différente. Il s'ensuit notamment que les deux sortes de congés peuvent se cumuler (en particulier, la durée du congé accordé au titre de l'accident de service n'entre pas en ligne de compte dans le délai de douze mois prévu par l'alinéa 1er de l'article 34-3° pour l'attribution des congés ordinaires de maladie).

94 - ACCIDENTS SURVENUS AU COURS D'UN DEPLA- CEMENT AERIEN NECESSITE PAR L'ACCOMPLIS- SEMENT D'UNE MISSION

Outre le bénéfice de la réglementation relative aux accidents de service et la possibilité d'exercer un recours contre le tiers responsable, les fonctionnaires (ou leurs ayants cause) victimes d'un accident survenu au cours d'un déplacement aérien nécessité par l'accomplissement d'une mission, ont droit aux prestations spéciales instituées par les décrets des 25 août 1967 et 13 décembre 1968 ([annexe n° 1 et 2](#) au présent article 94, ci-après).

De plus, ils ont la faculté, lors de chaque voyage, de contracter, de leurs propres deniers, une police d'assurance tendant à leur accorder des indemnités plus élevées que celles prévues par les dispositions légales.

ANNEXE N° 1 A L'ARTICLE 94

DECRET N° 67-744 DU 25 AOUT 1967

instituant une indemnité exceptionnelle pour les fonctionnaires et agents de l'Etat victimes d'un accident aérien ou maritime dans l'exécution d'une mission

Article premier - Une indemnité exceptionnelle est allouée aux magistrats, fonctionnaires civils et agents non titulaires des administrations et établissements publics de l'Etat, victimes d'un accident aérien ou maritime dans l'exécution d'une mission, ou à leurs ayants cause, lorsque la responsabilité du transporteur se trouve limitée, soit en application des conventions internationales de Varsovie et de Bruxelles concernant les transports aériens ou maritimes internationaux, soit en application des lois n° 57-259 du 2 mars 1957 et n° 66-420 du 18 juin 1966, soit en application de toute autre disposition, en particulier les accords conclus entre les compagnies de transport aérien.

Art. 2 - L'indemnité prévue à l'article précédent est fixée à 100 000 F en cas de mort ou d'invalidité permanente totale.

Elle est calculée proportionnellement au taux d'invalidité en cas d'incapacité permanente partielle au moins égale à 10 %.

Le taux d'invalidité est fixé :

1° En ce qui concerne les fonctionnaires titulaires, par le ministre dont dépend ou dépendait la victime, après avis de la commission de réforme prévue par le Code des pensions civiles et militaires de retraite ;

2° En ce qui concerne les auxiliaires et contractuels, dans les conditions déterminées par la législation sur les accidents du travail.

Art. 3 - L'indemnité n'est pas attribuée si, en application des conventions de Varsovie ou de Bruxelles, ou de toutes autres dispositions ou accords visés à l'article 1er, le forfait limitant la responsabilité du transporteur dépasse 200 000 F.

Art. 4 - L'indemnité prévue par le présent décret n'est susceptible d'être accordée qu'aux fonctionnaires et agents titulaires d'un ordre de mission ou de mutation revêtu de la signature du ministre dont ils relèvent ou relevaient, ou de son représentant habilité par une délégation régulière de pouvoir ou de signature.

Art. 5 - L'indemnité est concédée par arrêté du ministre dont relève ou relevait l'agent et imputée sur le budget de l'administration intéressée.

Art. 6 - Il ne peut être souscrit par les administrations et établissements visés à l'article 1er des contrats d'assurance couvrant le risque aérien ou maritime au profit des personnels bénéficiaires du présent décret.

Art. 7 - Le Premier ministre, le ministre d'Etat chargé de la fonction publique, le ministre de l'Economie et des Finances et le secrétaire d'Etat à l'Economie et aux Finances sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Colombey-les-Deux-Eglises, le 25 août 1967.

ANNEXE N° 2 A L'ARTICLE 94

DECRET N° 68-1121 DU 13 DECEMBRE 1968

complétant le décret n° 67-744 du 25 août 1967
instituant une indemnité exceptionnelle pour les fonctionnaires et agents de l'Etat
victimes d'un accident aérien ou maritime dans l'exécution d'une mission

Article premier - L'article 1er du décret du 25 août 1967 est complété par un second alinéa ainsi conçu :

"Les magistrats, fonctionnaires civils et agents contractuels de l'Etat qui accomplissent une tâche de coopération technique ou culturelle, ou leurs ayants cause, peuvent percevoir l'indemnité visée ci-dessus lorsque l'accident survient dans l'exécution de leur mission de coopération."

Art. 2 - L'article 3 du décret du 25 août 1967 est complété ainsi qu'il suit :

"L'indemnité exceptionnelle visée à l'article 1er ne peut se cumuler avec toute autre allocation servie au titre, soit de l'article 16 de la loi n° 47-1497 du 13 août 1947, soit du fonds de prévoyance de l'aéronautique nationale.

"Les personnels servant en coopération technique ou culturelle bénéficient de l'indemnité en cause, déduction faite, le cas échéant, d'un avantage de même nature qui pourrait leur être accordé au titre de l'emploi qu'ils occupent."

Art. 3 - Le Premier ministre, le ministre de l'Economie et des Finances, le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la fonction publique, et le secrétaire d'Etat à l'Economie et aux Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

ANNEXE 1 A L'ARTICLE 912

DFI Services Assurances



ASSURANCE DES AGENTS DE LA POSTE TRAVAILLANT EN ZONE URBAINE SENSIBLE

DECLARATION DE SINISTRE NUMERO DE CONTRAT : 082.749

AGENT :

- Nom :
- Prénom :
- Date et lieu de naissance :
- Adresse personnelle :
- Fonction : Statut ⁽¹⁾ :
- Horaire de travail le jour du sinistre :

LIEU DE TRAVAIL :

- Entité d'affectation :
- Adresse :
- Nom du chef d'Etablissement : Tel :
- Lieu d'activité :

DOMMAGES AU VEHICULE

Véhicule : 2 roues 4 roues

- Marque : Modèle :
- Numéro d'immatriculation :
- Coordonnées de l'assureur habituel du véhicule :
- Numéro du contrat :
- Formule de garanties ⁽²⁾ :

Informations sur le sinistre :

- Date du sinistre :
- Lieu du sinistre : Quartier :
- Heure du sinistre :
- Dommages constatés :

EFFETS PERSONNELS

- Date du sinistre :
- Lieu de l'agression : Quartier :
- Heure de l'agression :
- Nature du préjudice subi :

⁽¹⁾ Préciser le statut de l'agent victime : fonctionnaire, CDI, CDD, CDII, CEJ, autres.

⁽²⁾ Garanties tiers, vol-incendie, tous risques...

ANNEXE 2 A L'ARTICLE 912

DFI Services Assurances



PIECES A JOINDRE

**ASSURANCE DES AGENTS DE LA POSTE TRAVAILLANT
EN ZONE URBAINE SENSIBLE**

DOMMAGES AUX VEHICULES

- original du dépôt de plainte,
- original de la facture d'achat des objets transportés volés (1),

Si non prise en charge dans un garage agréé GMF :

original de la facture de réparation, si le montant des dommages n'excède pas 305 €T.T.C.
Au delà de 305 €T.T.C, merci de bien vouloir nous indiquer les coordonnées du réparateur pour expertise. Cette mesure est indispensable au remboursement de vos dommages.

EFFETS PERSONNELS

- original du dépôt de plainte
- facture d'achat des biens détériorés ou volés (1).

~~~~~

(1) Pour les biens d'un montant unitaire supérieur ou égal à 80 € la facture d'achat est obligatoire.

Pour les biens d'un montant unitaire inférieur à 80 € en l'absence de facture, faire une déclaration sur l'honneur, sur papier libre, en précisant la nature des biens détériorés ou volés ainsi que leur prix d'achat et leur date d'achat.

~~~~~

Envoyer ce document ainsi que les pièces à joindre à :

GMF
Risques Spécifiques
Assurance des agents de La Poste travaillant en Z.U.S.
49, avenue Georges Pompidou
92593 LEVALLOIS PERRET CEDEX
Fax : 01.41.40.54.94
Renseignements téléphoniques : 02.38.72.33.43.

**UN DOUBLE DE CETTE DECLARATION EST A ADRESSER IMMEDIATEMENT, POUR ENREGISTREMENT,
AU GESTIONNAIRE DE DOSSIERS DE SINISTRES DE VOTRE ENTITE.**

Je certifie sincères et véritables les informations mentionnées dans ce document.

Agent
Date :

Chef d'Etablissement
Cachet de l'Etablissement

Signature :

Signature :